第１号様式（第５条関係）

　　年　　月　　日

(公財)沖縄県保健医療福祉事業団

理　事　長　安里　哲好　殿

住　所

名 称

代表者　　　　　　　　　　　印

令和元年度健康課題解決型支援事業助成申請書

健康課題解決型支援事業として、下記のとおり事業を行いたいので、健康課題解決型支援事業助成要綱第５条の規定に基づき申請します。

記

１　助成対象事業名

　（企画提案事業名）

２　助成金申請額　　　　　　　金　　　　　　　　円

３　連携企業・団体または行政機関

（助成金交付対象事業実施するにあたっての連携先）

連携企業・団体／行政機関

　担当部署　　　　　　　　　　　　　担当者氏名

第２号様式（第８条関係）

　　年　　月　　日

(公財)沖縄県保健医療福祉事業団

理　事　長　安里　哲好　殿

住　所

名 称

代表者　　　　　　　　　　　印

令和元年度健康課題解決型支援事業

助成対象事業計画変更申請書

　　　年　　月　　日付沖事第　号で助成決定通知のあった事業に関して事業計画を変更したいので、健康課題解決型支援事業助成要綱第８条の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| １　助成対象事業名 |  |
| ２　助成決定金額 | 金　　　　　　円 |
| ３　計画変更後  助成申請額 | 金　　　　　　円 |
| ４　変更内容及び理由 |  |
| ５　添付書類 |  |

第３号様式（第８条関係）

　　年　　月　　日

(公財)沖縄県保健医療福祉事業団

理　事　長　安里　哲好　殿

住　所

名 称

代表者　　　　　　　　　　　印

令和元年度健康課題解決型支援事業

助成対象事業中止（廃止）申請書

　　年 月 日付沖事第 号をもって交付決定された助成事業を下記により中止（廃止）したいので、健康課題解決型支援事業助成要綱第１０条の規定に基づき申請いたします。

記

１　助成対象事業名

２　中止（廃止）理由

第４号様式（第９条関係）

　　年　　月　　日

(公財)沖縄県保健医療福祉事業団

理　事　長　安里　哲好　殿

住　所

名 称

代表者　　　　　　　　　　　印

令和元年度健康課題解決型支援事業助成申請取下書

　　年　　月　　日付沖事第 号で助成決定を受けました下記事業については、助成申請を取下げいたします。

記

１　助成対象事業名

２　取下げ理由

第５号様式（第１０条関係）

　　年　　月　　日

(公財)沖縄県保健医療福祉事業団

理　事　長　安里　哲好　殿

住　所

名 称

代表者　　　　　　　　　　　印

令和元年度健康課題解決型支援事業助成金請求書

　　年　　月　　日付沖事第 　号で助成決定のありました事業が完了しましたので下記のとおり報告し、助成金を請求します。

記

１　助成対象事業名

２　事業実績報告

　　別紙事業実施報告書及び経費精算書のとおり

３　助成金請求額　　金　　　　　　　　円

４　振込先

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行　　　　　　　支店 |
| 口座の種類 | 普通　　・　　当座 |
| 口座番号 |  |
| 口座名義人  （カタカナ） |  |

　　※通帳の口座名義人（カタカナ表記）の記載部分のコピーも添付して下さい。

第１号様式‐２（第７条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　沖　事　第　　　　　号

　　年　　月　　日

　　　　　　　　殿

(公財)沖縄県保健医療福祉事業団

　理　事　長　安里　哲好

令和元年度健康課題解決型支援事業助成決定通知書

　　年　　月　　日付けで申請のありました事業については、下記のとおり助成決定しましたので、通知します。

記

１　助成対象事業名

２　助成金予定額　　　　　　　金　　　　　　　円

３　助成条件

＊　注記

　１　助成事業者は、助成対象事業が完了したときは、事業の成果に関する評価を行い、助成金請求書（第５号様式）に事業実施報告書等の必要な書類を添えて、事業完了の日から３０日以内に理事長に提出して下さい。

　２　助成事業実績報告等の内容を審査し、助成金の額を確定するものとします。

第１号様式‐３（第７条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　沖　事　第　　　　　号

　　年　　月　　日

　　　　　　　　殿

(公財)沖縄県保健医療福祉事業団

　理　事　長　安里　哲好

令和元年度健康課題解決型支援事業助成不承認通知書

　　年　　月　　日付けで申請のありました事業については、下記理由により助成できないので通知します。

記

１　対象事業名

２　不承認理由

第２号様式‐２（第８条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　沖　事　第　　　　　号

　　年　　月　　日

　　　　　　　　殿

(公財)沖縄県保健医療福祉事業団

　理　事　長　安里　哲好

令和元年度健康課題解決型支援事業

助成対象事業計画変更申請承認通知

　　年　　月　　日付けで申請のありました事業計画の変更について、下記のとおり承認しましたので、通知します。

記

１　助成対象事業名

２　助成金予定額　　　　　　　金　　　　　　　円

３　助成条件

＊　注記

　１　　助成事業者は、助成対象事業が完了したときは、事業の成果に関する評価を行い、助成金請求書（第５号様式）に事業実施報告書等の必要な書類を添えて、事業完了の日から３０日以内に理事長に提出して下さい。

　２　助成事業実績報告等の内容を審査し、助成金の額を確定するものとします。

第２号様式‐３（第８条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　沖　事　第　　　　　号

　　年　　月　　日

　　　　　　　　殿

(公財)沖縄県保健医療福祉事業団

　理　事　長　安里　哲好

令和元年度健康課題解決型支援事業

助成対象事業計画変更申請不承認通知書

　　年　　月　　日付けで申請のありました事業計画変更については、下記理由により承認できないので通知します。

記

１　対象事業名

２　不承認理由

第６号様式（第１１条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　沖　事　第　　　号

　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　殿

(公財)沖縄県保健医療福祉事業団

　理　事　長　安里　哲好

令和元年度健康課題解決型支援事業助成金確定通知書

　　年　　月　　日沖事第　号で助成決定した事業については、下記のとおり助成金の額を決定しましたので、通知します。

記

１　助成対象事業名

２　助成金予定額　　金　　　　　　　　　円

３　助成金確定額　　金　　　　　　　　　円

４　助成金振込予定日　　　　年　　月　　日